

同意書

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、自己負担限度額の決定のために必要な地方税関係情報、世帯情報を取得することに同意します。

福島市長

年 月 日

同意者

＊収入のある未成年と18歳以上の方、同意するご本人が署名してください。

	氏 名	生年月日	受診者との続柄	住所（市町村名）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注意事項

- 1 同意されない方は直近の課税証明書「収入・所得額、各種控除額、市町村県民税（所得割・均等割）が明記されている証明書」を提出してください。